**Приложение № 1**

к Положению об Общественном совете

при Министерстве здравоохранения

Приднестровской Молдавской Республики

В\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование исполнительного органа государственной

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

власти ПМР, при котором создан общественный совет)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес регистрации, тел. заявителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

о включении в Общественный совет

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

прошу включить меня в состав Общественного совета при Министерстве здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики.

В случае согласования моей кандидатуры подтверждаю соответствие требованиям,

предъявляемым к члену Общественного совета Министерстве здравоохранения

Приднестровской Молдавской Республики, выражаю свое согласие войти в состав

Общественного совета.

К заявлению прилагаю (нужное подчеркнуть):

1) анкету кандидата в общественный совет;

2) согласие на обработку персональных данных;

3) решение о выдвижении кандидата в члены Общественного совета/копию письма\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование должности руководителя организации)

содержащего предложение о выдвижении кандидата в члены Общественного совета.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

**Приложение № 2**

к Положению об Общественном совете

при Министерстве здравоохранения

Приднестровской Молдавской Республики

АНКЕТА

кандидата в Общественный совет при

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование исполнительного органа государственной власти

Приднестровской Молдавской Республики,

при котором создан Общественный совет)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| № п/п | Сведения о кандидате | Графа для заполнения |
| 1 | Фамилия, имя, отчество |  |
| 2 | Место работы, должность |  |
| 3 | Дата рождения |  |
| 4 | Место жительства |  |
| 5 | Контактный телефон |  |
| 6 | Адрес электронной почты  (при наличии) |  |
| 7 | Уровень образования, наименование организации образования |  |
| 8 | Наличие ученого звания, ученой степени |  |
| 9 | Трудовая деятельность за последние 5 (пять) лет |  |
| 10 | Общественная деятельность за последние 5 (пять) лет |  |
| 11 | Наличие (отсутствие) неснятой или непогашенной судимости |  |

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

**Приложение № 3**

к Положению об Общественном совете

при Министерстве здравоохранения

Приднестровской Молдавской Республики

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(серия, номер паспорта, дата и орган, его выдавший)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в порядке и на условиях, определенных Законом Приднестровской Молдавской Республики от 16 апреля 2010 года № 53-З-IV «О персональных данных» (САЗ 10-15),

выражаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование исполнительного органа государственной власти Приднестровской Молдавской Республики,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

при котором создан Общественный совет)

расположенному(ной) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(далее – оператор), согласие на обработку персональных данных, указанных в анкете кандидата в Общественный совет при

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование исполнительного органа государственной власти Приднестровской Молдавской Республики,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

при котором создан Общественный совет)

на обработку моих персональных данных: фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, уровень образования, наименование учебного заведения, ученое звание, ученая степень, должность, место работы, трудовая деятельность за последние 5 (пять) лет, общественная деятельность за последние 5 (пять) лет, место жительства, телефон, адрес электронной почты (при наличии), серия и номер документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, сведения   
о судимости (при наличии).

В случае изменения моих персональных данных обязуюсь сообщать   
об этом оператору в десятидневный срок.

Срок действия настоящего согласия ограничен сроком полномочий Общественного совета, членом которого я являюсь.

Я ознакомлен(а) с правами субъекта персональных данных, предусмотренными Законом Приднестровской Молдавской Республики от 16 апреля 2010 года № 53-З-IV «О персональных данных» (САЗ 10-15).

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)